

las mujeres (el 28,2 frente al 14,7%; $p = 0,02$). Fumaban el 19% de los varones y el 6% de las mujeres ($p = 0,001$), presentaban obesidad el 38 y el 56% ($p = 0,004$), respectivamente. Se prescriben más antiagregantes (86,3%), estatinas (68,1%) y vasodilatadores periféricos (19,8%) a los varones que a las mujeres (el 76,2, el 55,2 y el 11,2%, respectivamente) ($p < 0,05$). Se prescriben más anticoagulantes y diuréticos a las mujeres (el 13,3 frente al 7,3%, y el 58 frente al 40,7%, respectivamente; $p < 0,05$). Se realiza más intervencionismo en los varones (el 47,6 frente al 31,5%; $p = 0,002$). Los varones presentan mejor control de la dislipemia (el 39,1 frente al 21%; $p = 0,0002$).

La frecuencia media de visitas anuales al médico de familia fue de 11,93 y a la enfermera, de 6,7.

Los varones tienen mayor prevalencia de IAM y arteriopatía periférica. Por lo que refiere al IAM, podría explicarse porque hasta en un 60% de las ocasiones las mujeres inician el cuadro con síntomas atípicos, lo que causa errores en el diagnóstico o su retraso, esto implica una mayor mortalidad de las mujeres¹, y podríamos estar cometiendo un sesgo de supervivencia. En relación con la arteriopatía periférica, los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos en diferentes trabajos que objetivan un claro predominio en el sexo masculino, así como, en general, un infradiagnóstico². En mujeres, la prevención secundaria de ECV es más deficitaria, se les prescribe menos antiagregantes y estatinas, y se les realiza menos intervencionismo. Uno de los puntos débiles en la prevención secundaria de ECV en la población de este estudio es el control de la dislipemia, que se podría explicar por el menor uso de hipolipemiantes. Los profesionales sanitarios deberían realizar un esfuerzo en el control de este factor de riesgo³, pues las estatinas no sólo disminuyen las concentraciones del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), sino también la morbimortalidad por ECV, por lo que deben prescribirse para la prevención secundaria independientemente de los valores previos de cLDL⁴. Aunque ahora se es más agresivo en la prevención secundaria de las ECV, se debería ser todavía más incisivo en la prescripción de fármacos que han demostrado claramente su eficacia⁵, así como en la realización de tratamiento intervencionista cuando éste esté indicado⁶. Si bien este esfuerzo debe realizarse en todos los pacientes, con

especial interés en la población femenina, para conseguir una equiparación en el abordaje de la ECV en ambos sexos. Fruto de la concienciación por parte del personal sanitario del papel de las ECV en la mujer, serán necesarios, en un futuro, estudios para el seguimiento a largo plazo de la prevención secundaria de las ECV en el sexo femenino.

Bibliografía

1. Murga Eizagaechearria N, Pedreira Pérez M, Mazón Ramos P, Alonso García A. Temas de actualidad en cardiología clínica y extrahospitalaria. Un nuevo proyecto: enfermedad cardiovascular en la mujer. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(Supl 1):99-104.
2. Baena Díez JM, Del Val García JL, Tomás Pelegrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:367-73.
3. Pineda Cuenca M, Custardoy Olavarrieta J, Andreu Ortiz MT, Ortiz Arroniz JM, Cano Montoso JG, Medina Ferrer E, et al. Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un área de salud. *Aten Primaria*. 2002;30:207-13.
4. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobo N, Fabunmi RP, Expert Panel/Writing Group, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation*. 2004;109:672-93.
5. Moreno Palanco MA, Ciria de Pablo C, Ibáñez Sanz P, Sánchez Luis C, Pizarro Portillo A, Suárez Fernández C. Reducción de la morbimortalidad cardiovascular tras un episodio cardiovascular agudo mediante el tratamiento intensivo de los factores de riesgo (proyecto MIRVAS). *Med Clin (Barc)*. 2007;129:241-6.
6. Aldasor E, Calvo M, Esnaola S, Hurtado de Saracho I, Alonso E, Audicana C, et al. Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:81-5.

Montserrat Manich Capdevila*, Jennifer Iglesias Botanes, Sandra Medina Alarcón y Ana Espinola Rodríguez

ABS Camps Blancs, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: montsemanich@hotmail.com
(M. Manich Capdevila)

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.002

Enfermeras no, médicos sí. ¿Por qué?

Nurses no, Doctors yes. Why?

Sr. Director:

Me dirijo a usted para expresar mi opinión en referencia a un aspecto lingüístico relacionado con la profesión y el sexo, que he observado se produce de forma reiterada en su revista.

La formación del femenino en profesiones viene determinada por condicionamientos de tipo histórico y sociocultural, en especial en el hecho de que se trate de profesiones

desempeñadas tradicionalmente por mujeres. De ahí que el uso del femenino inclusivo «enfermera» para definir al conjunto de los profesionales que ejercen dicha profesión sea habitualmente aceptado¹. Lo mismo ocurre con el uso del masculino inclusivo «médico» para designar a los profesionales que ejercen la medicina, sean varones o mujeres. Ahora bien, mientras el número de mujeres que ejercen la profesión enfermera sigue siendo ampliamente superior al de varones, no ocurre lo mismo en el caso de la medicina, donde el número de mujeres que la ejercen ha aumentado considerablemente, y llega a ser superior en muchas especialidades médicas.

Entiendo que su editorial desarrolle políticas que preserven el uso del lenguaje inclusivo no sexista y por ello

considero adecuado hablar de personal de enfermería o profesional de enfermería en lugar de enfermera. A pesar de que creo que la utilización del término «enfermera» refleja de manera adecuada el contexto actual de esta profesión en nuestro país. Pero, si pretende desarrollar políticas consistentes, los artículos publicados en su revista tampoco deberían mencionar las palabras «médico» o «médicos», y se debería utilizar en su lugar las siguientes expresiones: personal médico o profesional de medicina. De otra manera estarían tolerando el masculino inclusivo pero no aceptando el femenino inclusivo, por lo que sus políticas lingüísticas resultarían poco equitativas dando un resultado contrario al deseado.

Una revisión de un editorial y un artículo publicados en *Aten Primaria*. 2008;40(7):319–378 me ha permitido comprobar este hecho. En el editorial «Sobre la prescripción del ejercicio físico», de Ortega Sánchez-Pinilla, aparece 5 veces las palabras «médico» o «médicos» y 1 la frase «personal de enfermería». En el artículo original «Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional», de Martín-Fernández et al, aparecen 4 veces las palabras médico o médicos y 4 veces también la frase personal de enfermería. En ambas publicaciones no aparece la palabra «enfermera».

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.002

Creo adecuado revisar las políticas lingüísticas de la editorial de manera que sean consistentes para todas las profesiones. Además, considero que la utilización del femenino y del masculino inclusivos se tendría que valorar de acuerdo con el contexto social al que representan en el momento actual, sin tener en cuenta los antecedentes históricos.

Bibliografía

1. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario panhispánico de dudas. Madrid: Espasa Calpe; 2005 [citado 23 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.rae.es>.

Eduarne Zabaleta Del Olmo

Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España

Correo electrónico: ezabaleta@idiapjgol.org
(E. Zabaleta Del Olmo)

Carta a una joven residente

Letter to a young resident

Sr. Director:

Hace unos años, y justo antes de su jubilación, el Dr. Velio me mostró, en el transcurso de una conversación, una carta manuscrita que había dirigido recientemente a una joven residente que he creído interesante remitir, pues concluye con una filosofía que, de aplicarse, podría ayudarnos a mejorar nuestra actividad médica diaria y, en especial, de nuestros residentes y, ¿por qué no?, disfrutar de pequeños placeres de la vida que, a menudo, nos pasan inadvertidos.

«Querida amiga:

Sentí una gran y sincera preocupación aquel día en que la vida permitió aquel encuentro casual de nuestros caminos y me ofreció la posibilidad de ver reflejado el cambio que ha acontecido en el aprendizaje y ejercicio de la medicina.

Me entristeció contemplar que la importancia en la evaluación del paciente se la cedías desde el principio a la prueba complementaria, dejando en un segundo plano la clásica anamnesis y la minuciosa exploración física del paciente, las cuales eran llevadas a cabo como una lenta tarea que ocupa demasiado tiempo; tiempo, por otro lado, que se te impone necesario para atender otro paciente.

»A contraluz, pude ver cómo, al igual que las partículas de polvo de la sala, se desvanecían infinitos tiempos perdidos por nuestros antecesores, observando cada uno de los

pequeños cambios que las patologías generan en su evolución en el cuerpo humano. Melancólico, pude divisar la distancia que te separa de este arte al cual todos pretendemos llegar y para el cual cada uno hace lo que puede a lo largo de los años.

»Quizá las facultades, con sus secuencias finitas de fríos y abstractos exámenes y el afán de sus afamados estudiantes en superarlos uno detrás de otro; quizá esa obligada sedestada hibernación que impone la superación del justo e injusto examen MIR, limitante y distribuidor de futuros aprendices de tan amplias y concretísimas especialidades; quizá el quehacer de los profesionales “mayores” desbordados por interminables listas de pacientes e impacientes pacientes, medidas dentro de un intervalo finito de tiempo; quizá la sobresaturación, fuente incitadora de desafortunados hábitos de un trabajo de supervivencia que son heredados y perpetuados por cada promoción, o quizá nos hemos dejado invadir por otros intereses que, alejados del saber científico, nos han ido apartando poco a poco de este antiguo arte y no hemos sabido (¿o no hemos querido?) percibir, y no hemos generado la capacidad para transmitirlo. Quizá otros, quizá alguno, quizá todos o quizá ninguno hayan sido los responsables de este tu proceder.

»De todas formas y como siempre, nunca es tarde y todavía estás a tiempo si sigues este consejo, que, por cierto, no es mío, sino de alguien¹ no muy lejano que nos reveló la importancia de un espíritu basado en la observación detenida de todo lo que acontece a nuestro alrededor, tanto en la medicina como en la vida. Alguien al cual, como a todos, a lo largo de su vida, la naturaleza se le exhibió sigilosa y discretamente delante de sus narices, solo que él